IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

Komisja Zdrowia

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 4)**

z dnia 14 września 2021 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw onkologii (nr 4)

14 września 2021 r.

Podkomisja stała do spraw onkologii, obradująca pod przewodnictwem poseł **Barbary Dziuk (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia ma temat poprawy jakości i organizacji leczenia – powstania ośrodków leczenia koordynacyjnego: Breast Cancer Unit, Colorectal Cancer Unit, Ovarian Cancer Unit, Lung Cancer Unit.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Gadomski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Grzegorz Kubielas** naczelnik Wydziału Lecznictwa Szpitalnego w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Agnieszka Wernik** zastępca dyrektora Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Renata Buda** dyrektor Zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, **Sebastian Drobczyński** przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej, **Joanna Frątczak-Kazana** przedstawicielka Fundacji Onkologicznej Alivia, **Michał Jarząb** kierownik Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w Narodowym Instytucie Onkologii w Gliwicach, **Dorota Korycińska** prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Elżbieta Kozik** prezes Stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny wraz ze współpracownikami, **Anna Najczuk** prawnik w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych oraz **Aleksandra Wilk** koordynator Sekcji Raka Płuca Fundacji „TO SIĘ LECZY".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** oraz **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Szanowni państwo, chciałabym wszystkich państwa bardzo serdecznie przywitać i podziękować za przybycie na posiedzenie podkomisji stałej do spraw onkologii. Witam pana wiceministra Sławomira Gadomskiego, który zajmuje się onkologią, zmianami, strategią do spraw onkologii, za co chciałabym podziękować, bo to dokument bardzo złożony, ale jest jeszcze dużo spraw do omówienia, do przepracowania. Po to jesteśmy tutaj, na tym posiedzeniu podkomisji, aby wypracować dobre standardy dla pacjentów. Witam moich kolegów i koleżanki posłów. Witam organizacje pozarządowe. Witam profesorów i ekspertów, którzy w dziedzinie onkologii i dobrych rozwiązań dla pacjentów mogą nam przekazać informacje, swoje spostrzeżenia, analizy, ale i spojrzenie na przyszłość.

Stwierdzam kworum, bo jest wystarczająca liczba posłów. Tak więc dzisiejsze posiedzenie podkomisji jest prawomocne. Mam taką uwagę, żeby wszyscy państwo założyli maseczki na twarze. Jest to bardzo potrzebne ze względów zdrowotnych.

Po pierwsze, bardzo bym prosiła o wystąpienie pana ministra w kwestiach dobrych praktyk, co dobrego udało się zrobić na temat poprawy jakości leczenia. Wiele rzeczy się dało, ale jeszcze wiele jest przed nami. Tak więc, panie ministrze, udzielam głosu. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Gadomski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Witam państwa bardzo serdeczne. Szanowni państwo, wybaczcie, chwilę przed 19. będę musiał niestety opuścić posiedzenie – mówiłem pani przewodniczącej. To kumulacja spotkań, ale myślę, że takie najgrubsze tematy do tej

19. uda się nam omówić. Zostawiam chyba najwłaściwszą osobę – eksperta od modeli opieki koordynowanej w Ministerstwie Zdrowia, pana Bartłomieja Trzmiela, który nadzoruje i nadzorował prace nad unitami, więc gdyby było potrzebne jakieś szczegółowe wyjaśnienia, to służymy.

Szanowni państwo, może na początek, bardzo krótko, tło. Już w roku 2018 nakreśliliśmy sobie pewne cele i pewne założenia odnośnie do szerokiej reformy systemu opieki onkologicznej w Polsce. Tam w jednym z punktów, może nie tych fundamentalnych, ale tych istotnych zmian, które chcemy realizować poza już przygotowaną i realizowaną Narodową Strategią Onkologiczną, poza Krajową Siecią Onkologiczną, poza zmianami w zakresie refundacji itd, itd – tych było dużo – zdecydowaliśmy się na wdrożenie czy przygotowanie modeli opieki koordynowanej i kompleksowej. Być może – i trzeba to powiedzieć dzisiaj z perspektywy czasu – te modele i ich rola w systemie będą inne niż zakładaliśmy. Ja już dzisiaj mówię raczej, że te jednostki, które decydują się na opiekę w formie cancer unitów, to ma być wisienka na torcie. To nie jest zmiana, która odmieni systemowo całą onkologię w Polsce.

Tą zmianą ma być Krajowa Sieć Onkologiczna. Tą zmianą ma być wiele działań zaplanowanych i zaprezentowanych państwu w Narodowej Strategii Onkologicznej, a tym działaniem chcemy wyróżnić najlepszych. Chcemy również pokazać pacjentom te ośrodki najlepsze, które realizują pełną ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną, zapewniające inne funkcje – opiekę psychoonkologiczną, rehabilitację, czyli rzeczywiście pełne przejście przez proces leczenia onkologicznego. I tak dzisiaj te ośrodki widzimy, a więc jako te najlepsze, wyróżnione, które za to, że są tymi ośrodkami leczenia kompleksowego, mają również pewne benefity. Benefity przede wszystkim po stronie wyceny, ale nie tylko, i o tym też warto pamiętać.

My już dzisiaj w niektórych naszych postępowaniach konkursowych podchodzimy do tego tak, że staramy się trochę inaczej kierować strumienie środków pieniężnych. Nie mówię tu jeszcze o onkologii, ale mówię na przykład o transplantologii, gdzie rozpoczęliśmy taki proces kierowania środków inwestycyjnych tylko do podmiotów najlepszych, które wykazują na przykład najwyższą aktywność donacyjną. Takie postępowania konkursowe realizowaliśmy już w tym roku i jestem przekonany, że jest to droga, którą wraz z rozwojem kolejnych cancer unitów będziemy kierowali również do obszaru onkologii i być może, a nawet na pewno, pewne postępowania konkursowe będą dedykowane wyłącznie tym ośrodkom.

Tak jak mówiłem, w 2018 r. pokazaliśmy, że jest to nasz cel do realizacji i pierwsze ośrodki kompleksowe pojawiły się w roku 2019. Przygotowaliśmy model dla raka piersi – model Breast Cancer Unitów. Jak państwo doskonale wiecie, były dyskusje, również na forum parlamentu. Ten model miał pewne wady wieku dziecięcego, z którymi – trzeba to powiedzieć jasno – borykamy się pewnie do dzisiaj.

Do dzisiaj zakontraktowanych zostało 19 ośrodków BCU i pewnie jest to mniej niż oczekiwaliśmy, tak naprawdę, patrząc na pewną skalę i przygotowanie. To są oczywiście kwestie z jednej strony formalne, a z drugiej strony, wymogów, które postawiliśmy, które może z przyczyn obiektywnych, a może niekoniecznie, okazały się niemożliwe do spełnienia.

Wiele uwag i zastrzeżeń było do obszaru rehabilitacji, której ośrodki wcześniej nie posiadały, nie rozwijały, a więc w pewnym sensie tylko, a może aż przez to, nie zostały ośrodkami BCU. Mówię o tym w ten sposób, bo też chcę pokazać, jaki kierunek nam przyświeca.

Ja nie chciałbym poddać się presji, ponieważ niektórzy eksperci wyliczają, że w Polsce powinno być na przykład 40 albo 50 ośrodków kompleksowego leczenia raka jelita grubego, albo ileś. Nie. Ma być tyle, ile jest tych spełniających kryteria jakościowe, które przejdą przez pewne sito. Niech te rozporządzenia ministra zdrowia, które wydajemy, czy już wydane w zakresie Breast Cancer Unitów czy raka jelita grubego, będą pewnym celem dla tych ośrodków. Niech będą drogowskazem. Nigdzie nie jest powiedziane, że te ośrodki już dzisiaj muszą spełnić te cele. Niech dadzą sobie rok, niech dadzą sobie półtora, niech wpiszą to w pewną swoją strategię rozwoju i wtedy, gdy wszyscy będziemy

mieli przekonanie, że te najwyższe kryteria jakościowe spełniają, rzeczywiście mogą to zakontraktować z Narodowym Funduszem Zdrowia.

To był rok 2019, potem pandemia. Nie ukrywam, też troszkę zwolniliśmy w zakresie kolejnych zmian. Obciążenie w Ministerstwie Zdrowia, ale i ekspertów, z którymi współpracujemy, w tym okresie pandemii było bardzo duże i rzeczywiście mamy pewne opóźnienia odnośnie do pierwotnego harmonogramu. Jednak już po pandemii, czy nawet w trakcie pandemii, udało się nam przygotować model ośrodków kompleksowego leczenia w raku jelita grubego. Ten produkt rzeczywiście, starając się nie powielać tych błędów wieku dziecięcego z BCU, wydaje się nam dość dobrze dopracowany, dość dobrze dobrany. Świadczeniodawcy co do zasady generalnie nie zgłaszają do niego uwag. Mamy 29 ośrodków, które zakontraktowaliśmy. Być może ta liczba jeszcze ulegnie zwiększeniu, ale wydaje się, że ten model jest już dojrzały.

Co dalej? Dalej mamy chyba najtrudniejszy do tej pory model, z którym się borykaliśmy, czyli model w raku płuca, Lung Cancer Unitów. Ciągle go nie ma i to jest pewnie duży niedosyt środowisk eksperckich i również pacjenckich, ale mam nadzieję, że takie bladozielone światło i kierunkowo zgodę odnośnie do modelu dałem i jakby model i założenia mamy wypracowane. Dzisiaj de facto musimy przeprocedować go formalnie. Te prace zakładamy na IV kwartał, a może I kwartał następnego roku, bo jeszcze wcześniej – jeśli już idziemy według pewnego harmonogramu – chcemy właśnie znowelizować rozporządzenie dotyczące BCU. Tu praktycznie mamy przygotowany materiał i niezwłocznie z początkiem października skierujemy ten projekt do konsultacji.

Czyli najpierw nowelizacja BCU, kolejny projekt – Lung Cancer Unity, no i pracujemy dość intensywnie nad modelem związanym z opieką ginekologiczną, i uroonkologią. Tutaj de facto jesteśmy na etapie przygotowania pewnego modelu eksperckiego, pewnej pracy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, współpracy naszej, ministerstwa, z Narodowym Instytutem Onkologii – patrzę na pana profesora Bidzińskiego i dziękuję mu za zaangażowanie w ten projekt. Mam nadzieję, że wtedy, w kolejności po Lung Cancer Unicie, będzie wprowadzenie zmian w tym obszarze i rzeczywiście wyróżnienie tych ośrodków leczenia kompleksowego.

No i niejako może obok, chociaż de facto idea i założenia są bardzo podobne, mamy praktycznie sfinalizowany model opieki koordynowanej w obszarze hematologii. To nie jest kolejny cancer unit, to raczej jest zmiana nawet dalej idąca, mówiąca o pewnych założeniach sieciowania opieki hematologicznej. Ponieważ de facto wydaje się, że tu uzyskaliśmy konsens z ekspertami, to też wierzę, że może w międzyczasie, między BCU a ginekologią, uda się nam również pokazać te efekty naszych prac w obszarze hematologii. To rozporządzenie może mieć dalej idące skutki, bo ono już nie jest wyróżnieniem ośrodków najlepszych, tylko rzeczywiście pokazaniem pewnych kryteriów referencyjności i pewnych mierników jakości, których oczekujemy od tych ośrodków. Czyli bliższe jest pewnie – państwo jesteście na bieżąco – założeniom Krajowej Sieci Onkologicznej niż cancer unitów, no i też jest jakby pewnym wytłumaczeniem z mojej strony. Wolałbym pewnie, żeby te cancer unity powstały już i mogły funkcjonować, natomiast nieco powstrzymały nas w tych pracach, czy spowodowały pewne opóźnienia, nasze prace nad ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej. W Ministerstwie Zdrowia zajmują się tym praktycznie ci sami eksperci, to samo grono osób, więc musimy się niestety „priorytezować".

Natomiast ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej jest przez nas sfinalizowana, jak można powiedzieć. W poprzednim tygodniu przekazałem projekt ustawy do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów z prośbą o wpis do wykazu prac rządu na najbliższy czas, no i mam nadzieję, że z początkiem października, może jeszcze w końcówce września, uruchomimy proces konsultacji, a to tak naprawdę będzie podstawa do zmian jakościowych.

Ostatnio, mając przyjemność uczestniczyć w panelu dotyczącym onkologii w Karpaczu, mówiłem, że ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej w toku prac, w toku doświadczeń z pilotażu, w toku tego, co chcemy osiągnąć, to bardziej ustawa o jakości w onkologii niż ustawa o sieci. To ustawa, która w sposób jednoznaczny pokazuje, czego oczekujemy – że oczekujemy spełnienia standardów i wytycznych, które resztą przygotowujemy równolegle do projektu ustawy, że będziemy oczekiwać spełnienia pewnych mierników jakości, że będziemy oczekiwać nie tylko na zasadzie naszego oczekiwania i chęci pozna-

nia, ale również na zasadzie pewnego rozliczania z tych mierników, że wprowadzimy rozwiązanie unikatowe i można powiedzieć innowacyjne w naszym systemie ochrony zdrowia, czyli powiemy świadczeniodawcom i pokażemy pacjentom, że jeżeli ośrodki nie spełniają mierników jakości, to są zobligowane do przygotowania pewnych planów działań naprawczych. A jeżeli nadal ta sytuacja nie ulegnie zmianie, to przestajemy kontraktować i przestaniemy finansować je ze środków publicznych. Podaję, myślę że całkiem inne narzędzia kreowania polityki zdrowotnej i wierzę w to, że ta ustawa zapoczątkuje ten kierunek dotyczący również innych dziedzin medycznych.

Tak więc, konkludując, w najbliższym czasie rzeczywiście, gdy kolokwialnie mówiąc uporamy się z ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej, rozpoczniemy ten proces konsultacji, chcemy po kolei nowelizować Breast Cancer Unity, Lung Cancer Unity, unity ginekologiczne i w międzyczasie, mam nadzieję, jeśli starczy nam sił, hematologię. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Są to bardzo cenne kierunki działań Ministerstwa Zdrowia, które tak naprawdę widzi potrzeby pacjentów, ale widzi też potrzebę wkroczenia w leczenie innowacyjne i medycynę. To jest bardzo ważny kierunek, który obecnie bardzo dynamiczne się rozwija i ministerstwo widzi te potrzeby. W związku z powyższym otwieram dyskusję, zapraszając wszystkich ekspertów i stronę społeczną do wypowiedzenia swojego stanowiska i swoich spostrzeżeń.

Może na początek poproszę pana profesora Jarząba, bo ma bardzo duże doświadczenie w dziedzinie chorób kobiet. Jest to niesamowita postać, która pomogła wielu kobietom. I za to bardzo dziękuję. Tak więc, panie profesorze, bardzo proszę.

Kierownik Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi w Narodowym Instytucie Onkologii w Gliwicach Michał Jarząb:

Bardzo dziękuję pani poseł za głos. Dziękuję za zaproszenie tutaj i możliwość wypowiedzenia się na początku, chociaż nie czuję się najbardziej kompetentny, ale w sensie logistycznych rzeczywiście Breast Cancer Unity były pierwszym z narzędzi, jakie się pojawiły. My od początku dyskutowaliśmy wewnętrznie, z początkiem tego roku podpisaliśmy umowę i funkcjonujemy w tej chwili jako ośrodek leczenia raka piersi.

Tutaj bardzo mi się podoba to, co pan minister podkreślił, że w tej chwili to rzeczywiście jest narzędzie dla najlepszych. W tym sensie narzędzie dla najlepszych, że rzeczywiście jest tam cały zestaw mierników jakościowych, które należy sobie narzucić i że rzeczywiście jeszcze w tej chwili nie ma tam narzędzi finansowych, które ściągałyby do tego rozwiązania tych, którzy chcą na tym zarobić. To znaczy, dzisiaj w praktyce te ośrodki, które funkcjonują jako cancer unit, rozliczają swoje świadczenia relatywnie podobnie jak inne ośrodki. W tym sensie większość z nas ma trudność w przekonaniu swojej dyrekcji do tego, żeby wejść w takie rozwiązanie, bo ono narzuca restrykcje, a nie daje oferty. Nie zmienia to faktu, że dzisiaj to rozwiązanie jest dla nas bardzo wartościowe, dlatego że strukturyzując pewne wymagania – czas do pierwszej wizyty, potrzeby w zakresie rehabilitacyjno-psychologicznym – pokazuje dyrekcjom, co jest wymagane. To jest rzecz, która na pewno znajduje uznanie.

Niemniej jednak ogromnym kłopotem na 4-milionowym Śląsku jest to, że są dwa ośrodki, które w tej chwili mają umowę. Termin dla pacjenta pierwszorazowego, który narzuca rozporządzenie, to jest 5 dni od zgłoszenia. Na Śląsku jest ze 40 czy 60 ośrodków, które wykonują biopsję piersi. Żaden z nich, poza dwoma czy trzema ośrodkami, nie zakłada tam znaczników, więc my w tej chwili, w tym kluczowym punkcie, czyli momencie zgłoszenia, nie jesteśmy w stanie wypełnić tego kryterium, bo po prostu zgłasza się do nas pacjentów czterokrotnie więcej niż jesteśmy w stanie zarówno lokalowo, jak i przestrzennie… W rozwiązaniu poziomu podstawowego w poprzedniej edycji czy w poprzednim wydaniu mieliśmy podział na centra kompetencji i ośrodki, wydaje się więc, że aktualne rozwiązanie bardziej odpowiada tym centrom kompetencji. Ja ufam, że te nowe rozwiązania legislacyjne pomogą temu podstawowemu poziomowi onkologii we właściwym kierowaniu i wykonywaniu podstawowej diagnostyki i pomogą centrom

kompetencji w budowaniu tej referencyjnej wiedzy, rzeczywiście prawdopodobnie potem promieniującej na inne ośrodki, i doświadczenia. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę o zgłaszanie się do dyskusji. Bardzo proszę…

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Mariusz Bidziński, konsultant krajowy z ginekologii onkologicznej. Bardzo dziękuję za zaproszenie do dzisiejszej dyskusji.

Muszę powiedzieć, że z wielkim entuzjazmem patrzę na pewne rzeczy, które dzieją się w ostatnim czasie, jeżeli chodzi o tworzenie pewnych kompleksowych ośrodków. Pracuję od wielu lat w Narodowym Instytucie Onkologii, gdzie zawsze byłem przyzwyczajony do tej kompleksowości, czyli krótko mówiąc, od diagnostyki, poprzez leczenie, rehabilitację, a więc całego systemu, który rzeczywiście funkcjonował i funkcjonuje w miarę sprawnie, chociaż oczywiście ten instytut jest przeskalowany. Ma dzisiaj zdecydowanie zbyt małą powierzchnię w stosunku do tego, czego oczekuje społeczeństwo, no, ale to są dzisiejsze realia. W każdym razie, patrząc dzisiaj w ramach opieki onkologicznej, nie tylko ginekologicznej, ale myślę, że każdej, każdy z nas jest bardzo przekonany o tym, że przede wszystkim skala doświadczenia, również kompetencji, jest rzeczą podstawową w tym, żeby uzyskiwać dobre wyniki.

Często rozmawiam z organizacjami pacjenckimi i często słyszę takie uwagi, które są oczywiście uwagami przez łzy – „dostałam informację, że mogę być tu i tu leczona. Okazuje się, że tylko fragment tego leczenia otrzymałam w tym ośrodku. Dalej muszę szukać kolejnych etapów, które są bardzo potrzebne do tego, aby tę ciągłość zapewnić i abym mogła być rzeczywiście leczona w sposób najbardziej optymalny”. To, co dzisiaj chcemy wypracować, i myślę, że ten tak zwany proces budowania unitów, ma przede wszystkim określić, kto będzie leczył, jak będzie leczył i wreszcie, kogo będzie leczył.

Znowu mamy sytuację tego typu, którą też trzeba podkreślić – do placówek onkologicznych dzisiaj, z racji tego, że nie potrzeba skierowania, zgłasza się spora liczba osób, które są odsyłane trochę na zasadzie odbijania z podstawowej opieki zdrowotnej. Ja bardzo liczę na to, że podstawowa opieka zdrowotna w nowym kształcie, który się tworzy, będzie mocnym wsparciem pionu, chociażby onkologii. Ja przynajmniej tak to sobie wyobrażam, że ta piramida i ustawienie tego całego systemu na mocnych podstawach podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie można wytypować grupy wysokiego ryzyka, stworzyć pewne kształty tego, kogo należy dalej propagować do tych tak zwanych ośrodków wysokospecjalistycznych, to będzie bardzo istotny element. I wiele takich elementów trzeba rzeczywiście stworzyć.

To dzieje się etapami. Jeżeli mówimy o celach, a tych celów mamy sporo, to jest oczywiście kwestia dostępności. Dzisiaj mamy nierównowagę w dostępie do opieki wysokospecjalistycznej. Myślę, że państwo podzielicie moją opinię. Inaczej to wygląda w wielkim mieście, jakim są Warszawa, Kraków, Wrocław, a inaczej w miejscowościach małych czy ewentualnie na wsiach. Trzeba stworzyć tę tak zwaną drogę, ścieżkę, w podobnym kształcie dla każdego.

Trzeba wreszcie stworzyć to, co jest bardzo istotne, a mianowicie poziomy referencyjności. Ja cały czas podaję przykład położnictwa, które przez ostatnie lata stworzyło te systemy referencyjności, co spowodowało, że umieralność okołoporodowa noworodków w Polsce jest jedna z najniższych w Europie. To świadczy o tym, że właśnie systematyczność i ukształtowane pewnych elementów w zakresie organizacji, jest podstawą do tego, żeby uzyskiwać dobre wyniki.

Jeżeli mówimy o wynikach, to musimy je mierzyć. Muszą być wskaźniki jakościowe, i to też jest bardzo ważne. Zresztą o tym też rozmawiamy, że nie można tego traktować w kategoriach indywidualnych, subiektywnych. Muszą być wskaźniki jakościowe i w onkologii te wskaźniki jakościowe są w tej chwili tworzone. Myślę, że będą one służyły temu, żeby właśnie te kryteria działań były jak najbardziej obiektywne. O to nam chodzi. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, tam było zgłoszenie.

Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej Maciej Krzakowski:

Maciej Krzakowski. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie onkologii klinicznej i kierownikiem Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej w Narodowym Instytucie Onkologii.

Nie ulega wątpliwości, że to, o czym mówił pan minister Gadomski, to jest jeden z elementów krajowej sieci i narodowego programu w ogóle, który ma poprawić jakość, koordynację, ale chciałbym, żeby państwo mieli świadomość tego, że wprowadzenie tych Lung Cancer Unitów, tych ośrodków kompleksowej opieki w raku płuca czy w nowotworach klatki piersiowej jest szczególnie ważne w okresie po pandemii, bo to jest sektor, który strasznie ucierpiał w wyniku epidemii. Ja już to widzę u siebie w klinice.

W Polsce przed epidemią średni czas od zgłoszenia się chorego do ustalenia tego finalnego rozpoznania, które powinno być podstawą rozpoczęcia leczenia, to było około dwóch miesięcy, przy czym to była średnia, a proszę sobie wyobrazić, że średnia jest wypadkową na przykład miesiąca i czterech miesięcy. Prawda? W tej chwili to bardzo się popsuło i Lung Cancer Unity to jest taki dodatkowy argument… Zresztą, pan minister jako osoba z eksperiencją onkologiczną, zawodową oczywiście, ma na pewno tego świadomość.

Przy okazji chciałbym powiedzieć jeszcze o jednej rzeczy. Podstawą, jednym z filarów sprawności tych ośrodków kompleksowej i koordynowanej opieki, są kadry. My, to znaczy onkolodzy – bo jeśli chodzi o te ośrodki raka płuca, to w grę wchodzą i torakochirurdzy, i pneumonolodzy, i onkolodzy, ale ja mówię w tej chwili o onkologii – jesteśmy w niedobrej sytuacji kadrowej. Onkologów klinicznych, którym w ostatnich latach przybyło bardzo dużo nowych zajęć związanych z tymi wszystkimi nowymi technologiami lekowymi, jest za mało mniej więcej o 50%. Mamy ich w tej chwili około 1000, a powinno być około 1500 minimum. Chciałbym więc, żeby państwo posłowie, którzy w większości są lekarzami, jak myślę – pani profesor na pewno mnie zrozumie – pomogli nam w tym, żeby usprawnić proces kształcenia onkologów klinicznych.

Onkologów klinicznych w tej chwili kształci się w systemie modułowym. Są to 3 lata szkolenia z zakresu chorób wewnętrznych i później 3 lata szkolenia z onkologii. Te 3 lata szkolenia z chorób wewnętrznych to jest trochę zbyt długo, dlatego że tam uczy się rzeczy, które przyszłym onkologom są do niczego niepotrzebne, na przykład, jak leczyć nadciśnienie tętnicze w okresie ciąży. Jest to mało przydatne przyszłym onkologom, aczkolwiek nie zmierzam absolutnie do tego, pani profesor, żeby ten element szkolenia usunąć, tylko trzeba go uracjonalnić i skrócić. Natomiast nie zmierzam również do tego, żeby cały okres szkolenia skrócić, bo należy trochę wydłużyć okres szkolenia onkologicznego.

W tej chwili mamy taką sytuację, że tych onkologów przyszłych, in spe, którzy otwierają rezydenturę, niby jest dużo, ale po trzech latach, niestety, tych przyszłych onkologów klinicznych ubywa, no bo jeśli uczą się 3 lata interny, to część z tych osób rezygnuje z tego dalszego kształcenia i idzie w kierunku interny. To będzie ogromny problem, bo czy to będzie Lung Cancer Unit, czy Breast Cancer Unit, czy Colorectal Cancer Unit, czy to, o czym profesor Bidziński mówił, ośrodki kompleksowej opieki nad chorymi kobietami z nowotworami, to tych specjalistów będzie po prostu za mało. To nie będzie funkcjonowało. Wierzcie mi państwo, że ja widzę to starzenie się i w ogóle ten wskaźnik lekarzy. Mamy w Polsce 2,4 lekarza na 1000 mieszkańców w ogóle. Średnia europejska, o ile pamiętam, wynosi 3,8. To ilustruje problem. W onkologii ten problem jest jeszcze większy. Dziękuję bardzo za udzielenie mi głosu.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo cenna informacja. Proszę, kto następny chce… Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie gastroentorologii Jarosław Reguła:

Dobry wieczór państwu. Nazywam się Jarosław Reguła. Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie gastroentorologii i też ordynatorem w krajowym programie badań przesiewowych raka jelita grubego. To, co chcę powiedzieć, wiąże się oczywiście z ośrodkami Colorectal Cancer Unit, czyli programem badań przesiewowych, ponieważ oprócz budowy ośrodków opieki kompleksowej w najbliższym czasie czeka nas przebudowanie programu badań przesiewowych i przejście z systemu pierwotnej kolonoskopii na test FIT, czyli test na krew utajoną. Ta przebudowa się szykuje.

Dzisiaj mam dla pana ministra papierową wersję tego nowego programu do dalszej dyskusji. Będę bardzo prosił pana ministra o to, żebyśmy mogli pilnie się spotkać również z przedstawicielami NFZ, ponieważ finansowanie tego programu w części dotyczącej procedur kolonoskopowych będzie po stronie NFZ-u i potrzebne jest nam pilne omówienie sposobu funkcjonowania programu badań przesiewowych. Dopiero dzisiaj przygotowaliśmy tę propozycję. Wysłaliśmy ją mailowo, a papierową wersję przekażę panu ministrowi. Planujemy rozpocząć od 1 stycznia, co oczywiście będzie bardzo trudne, i będziemy apelować o okres przejściowy polegający na stopniowym wygaszaniu starego programu i wprowadzeniu nowego, co wiąże się oczywiście z... Profilaktyka i badania przesiewowe w Colorectal Cancer Unit odgrywają olbrzymią rolę.

To tyle o programie przesiewowym tak ogólnie. Natomiast jeśli chodzi o Colorectal Cancer Unit, to wzorem na przykład brytyjskich organizatorów ochrony zdrowia, chcę powiedzieć, że bardzo mi się tam podoba to, że wszelkie duże rewolucje odbywają się etapami. Nigdy tak nie jest, że umówimy się, opiszemy program, opiszemy, jak to wszystko ma wyglądać i pstryk, od pierwszego któregoś tam wszystko zacznie działać. Zwykle jest to opisane w etapach. Poszczególne etapy i doskonalenia poszczególnych ośrodków są opisane, trzeba od czegoś zacząć. Jeśli szpital ma nagle zrobić wszystko, to będą chaotyczne ruchy i będzie z tym kłopot. Zatem budowa tych unitów wymaga właśnie, moim zdaniem, takiego etapowego podchodzenia i to pan minister zresztą powiedział – to nie musi tak być, że wszyscy muszą spełniać te kryteria od razu. To jest właśnie to, o czym mówię, że trzeba sobie dać czas na doskonalenie i ten czas nie może być zbyt krótki. Trzeba określić kolejne etapy i powoli je realizować, wiedząc, że świat nie jest idealny i nagle nie stworzymy idealnego ośrodka. Trzeba na to dać trochę czasu i oczywiście wspierać. Tak więc, tyle chciałem powiedzieć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani Magda była pierwsza. Bardzo proszę.

Koordynator projektu stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny Magdalena Zmysłowska:

Dziękuję bardzo. Nazywam się Magda Zmysłowska. Jestem amazonką i reprezentuję tutaj Polskie Amazonki Ruch Społeczny. Mam takie pytanie – chcę skorzystać z tego, że pan minister jeszcze z nami jest.

Naturalnym obszarem zainteresowania PARS jest oczywiście rak piersi. Jesteśmy dosyć aktywne w tym obszarze, bo bardzo uważnie śledzimy wszystko, co się w nim dzieje, i o ile z wielką radością powitałyśmy rozporządzenie ministra zdrowia na temat polskich BCU, to o tyle bardzo się zasmuciłyśmy, kiedy się okazało, że tylko 19 ośrodków zdecydowało się wejść do tego projektu KON-Pierś, czy też spełniło kryteria, bo myślę, że to była z jednej strony decyzja, a z drugiej strony, spełnienie kryteriów.

Ten smutek jest jeszcze większy, ponieważ okazało się, że wśród dziewięciu w Polsce certyfikowanych ośrodków, w ramach tak zwanego systemu SIS, czyli międzynarodowego systemu akredytacji i certyfikacji ośrodków raka piersi, tylko jeden jest w systemie KON-Pierś. W związku z tym chcę zapytać, czy mają państwo wystarczającą wiedzę na temat powodów, dla których te ośrodki, które jednak przeszły przez dosyć istotny system certyfikacji, nie zdecydowały się przystąpić do KON-Pierś i czy może w związku z tym powinna z tego płynąć jakaś wiedza, która może pomóc w nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia.

My w tej chwili w PARS przeprowadzamy ankiety z wybranymi sześcioma ośrodkami, które nie zdecydowały się albo nie spełniły kryteriów. Wśród nich są też te, które zostały certyfikowane przez SIS, właśnie po to, aby dowiedzieć się, jaka jest przyczyna, ponieważ pan minister raczył powiedzieć, że to, iż ktoś mówił, że powinno być 41 takich ośrodków to nie jest o tyle istotne, ponieważ powinny być tylko te, które spełniają kryteria. To jest oczywiście logiczne, natomiast jednak w systemach międzynarodowych ważny jest ten populacyjny charakter wyspecjalizowanych ośrodków leczenia raka piersi, bo przecież chodzi o to, żeby każda kobieta, która ma raka piersi i nieważne gdzie mieszka, była jednak leczona według tych samych standardów. W każdym razie taka idea przyświeca tym systemom. Chcę więc zapytać, czy bierzecie państwo pod uwagę właśnie taką wiedzę

płynącą z faktu, że tylko jeden ośrodek SIS jest teraz w KON-Pierś. My chętnie podzielimy się tą wiedzą, którą nam uda się uzyskać.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Może poproszę pana ministra o wypowiedź na temat zawarty w skierowanym pytaniu. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. To ja może krótko nawiążę jeszcze do panów profesorów i krótko powiem o tych jednostkach certyfikowanych.

Może, żeby rozwiązać wątpliwości odnośnie do nowego programu badań przesiewowych w raku jelita grubego – tutaj pan Reguła zahaczył o ten temat powiązany oczywiście z funkcjonowaniem całego systemu leczenia – żeby uspokoić, panie profesorze, drodzy państwo, na pewno będzie okres przejściowy. Na pewno ten nowy model nie wejdzie od 1 stycznia. Na pewno nie zdecydujemy się dzisiaj, po pandemii, na rewolucję, która może spowodować, że tych zgłoszeń przewrotnie będzie jeszcze mniej. Zresztą my chyba wszystkie zmiany – albo wszystkie zmiany, które nadzoruję w onkologii – raczej staramy się wprowadzać ewolucyjnie. Nie wolno, ale ewolucyjnie, jednak testując pewne rozwiązania, więc to, co zmieni się od 1 stycznia, to jedynie źródło finansowania. Po prostu te umowy przejdą z finansowania ministerialnego do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tak jak to zapisaliśmy w Narodowej Strategii Onkologicznej, bez zmiany modelu, a rzeczywiście damy sobie minimum 12 miesięcy na wejście w życie nowego systemu.

Pan profesor Krzakowski mówił o kadrach. To może tak w ramach ciekawostki, trochę nawiązując do tego, bo mam właśnie świeże dane o postępowaniu kwalifikacyjnym – pewnie onkologią kliniczną martwiłbym się dzisiaj mniej, bo okazuje się, że jest to jedna z chętniej wybieranych specjalizacji. Plasuje się w pierwszej piętnastce-dwudziestce najchętniej wybieranych specjalizacji Polsce. Mamy natomiast takie, które martwią mnie bardzo mocno, na przykład chirurgia klatki piersiowej. Tutaj na palcach chyba jednej ręki jesteśmy w stanie to policzyć. Onkologia, hematologia dziecięca, ale też – co ciekawe, mimo tego, że tak dużo o tym się mówi i wydaje się, że to dyscyplina „trendy”, mówiąc młodzieżowo – genetyka kliniczna. Mamy stosunkowo małą albo bardzo małą popularność tej specjalizacji, podczas gdy rozwój badań genetycznych w onkologii i w chorobach rzadkich generalnie… Przecież sama pandemia pokazała kierunek pewnych badań. Tutaj rzeczywiście popularność dość mała, ale to bardziej jako dygresja, poza tematem.

Krótko na pytanie przedstawicielki amazonek. To, żeby każdy był leczony według takiego samego standardu to jest absolutnie nasz priorytet, ale będziemy temu dedykowali przede wszystkim działania w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. To one mają to zapewnić. Breast Cancer Unity – ja będę ogromnie szczęśliwy, gdy my dojdziemy do poziomu 40 a może nawet 60, jeżeli kiedyś tyle spełni ten poziom. Chętnie zapoznamy się z tą ankietą.

My na swoją rękę też próbowaliśmy się dowiedzieć, dlaczego te ośrodki nie weszły. Odpowiedź nie jest chyba jednoznaczna. Niektóre faktycznie nie spełniły pewnego celu, inne miały pewne wątpliwości odnośnie do zapisów. Oddam głos Bartkowi, bo rzeczywiście tutaj jednomyślności nie było, ale – tak jak mówię – to jest pierwszy projekt, który chcemy realizować zaraz, niezwłocznie, w październiku, więc zgadzam się z panią, że pewne doświadczenia i sugestie z pewnością będziemy aplikować do tego projektu. Pozwolę sobie oddać jeszcze głos Bartkowi.

Naczelnik wydziału Świadczeń Gwarantowanych w Departamencie Lecznictwa MZ Bartłomiej Trzmiel:

Witam państwa. Bartłomiej Trzmiel, naczelnik Wydziału Świadczeń Gwarantowanych w Ministerstwie Zdrowia. Tak jak pan minister wspomniał, kwestie dotyczące tego, dlaczego dziś mamy 19 Breast Cancer Unitów, nie więcej, jak było prognozowane, w ocenie skutków regulacji wynika po pierwsze, z tego faktu, że nie spełniały wymagań, które były nierealne do spełnienia. Przypominam tutaj panele rehabilitacyjne, którymi ośrodek miał się charakteryzować – doświadczenie minimum rok do nowego panelu rehabilitacyjnego i jeszcze do tej rehabilitacji, na którą posiadał umowę z płatnikiem, zatem część

z tych ośrodków absolutnie nie podjęła się podpisania umowy z płatnikiem ryzykując to, że w momencie kontroli zostaną zakwestionowane pewne świadczenia lub też tryb ich realizacji. To jest to, o czym pan profesor wspominał. Czyli te 5 dni w każdym ośrodku onkologicznym, z każdą jednostką chorobową, to będzie bardzo problematyczne.

Odpowiadając na pani pytanie – absolutnie mamy wiele postulatów, które wpływały do ministra zdrowia w ciągu ostatnich trzech lat odnośnie właśnie tego modelu Breast Cancer Unit, co jest konieczne do poprawy, a co uniemożliwiało zakontraktowanie. Jesteśmy w stałym kontakcie z płatnikiem, chociaż w tym momencie na ten temat nie musimy dyskutować, bo my ten model poprawiamy i znamy postulaty, i znamy to też od strony płatnika.

Pojawiło się jeszcze kilka problemów rozliczeniowych, ale to jest w ogóle odrębny temat, więc tego nie będę poruszał. Tak więc, absolutnie tak – mamy pełen komplet dokumentacji. Ja też będąc tutaj i korzystając z okazji chciałbym poinformować, że te dwa modele ośrodka, które się pojawiają w rozporządzeniu, obecnie są aktualne. Różnicuje je niewiele. Tak naprawdę dążymy z panem ministrem do tego, żeby cancer unit w jakiejkolwiek jednostce chorobowej, czyli tak zwane centrum kompetencji, bo tak one będą nazywane, to były ośrodki, w których zawsze będzie ten jeden model. Jasne, klarowne.

Jeszcze w uzupełnieniu do tego, co pan minister powiedział, to właśnie Krajowa Sieć Onkologiczna ma zapewnić, że bez względu na to, czy pacjentowi będą realizowane świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne, rehabilitacyjne i monitorowania w cancer unicie czy też w ramach sieci, to jemu ten proces diagnostyczno-terapeutyczny ma być realizowany na tym samym poziomie. Temu będą służyły mierniki oceny i do tego będzie przygotowane rozporządzenie w zakresie obwieszczeń do poszczególnych jednostek chorobowych. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Jeszcze jedno zdanie, pani przewodnicząca, jeśli mogę, bo warto pamiętać, że zarówno w modelu w raku piersi, jak i w raku raka jelita grubego – proszę o potwierdzenie – jest benefit za przystąpienie do tego projektu. Benefit chyba niebagatelny, bym powiedział, bo jednak zwiększenie wyceny o 20% to dość dużo, jeżeli mówimy o ścieżce terapeutycznej, aczkolwiek będziemy też pracować nad tym obserwując popularność, kolejne sugestie i być może pewne wątpliwości odnośnie do sposobu wyceny tego procesu. Mamy też pewną otwartość, bo – tak jak mówiłem – chcemy wyróżnić najlepszych, więc chcemy to zrobić również finansowo.

A odnośnie do samego standardu – rola państwa jako organizacji pacjenckich i apel z naszej strony – my też to robimy po to, żeby pokazać pacjentom ośrodki najlepsze. Ja bym chciał, żeby cancer unity i później Krajowa Sieć Onkologiczna to było takie odejście od systemu marketingu szeptanego w onkologii, że ten ośrodek lepszy, ten gorszy, w sumie dzisiaj takie słuchy chodzą, ale nie bardzo wiadomo, na czym bazują. Ja bym chciał, żeby ta informacja o jakości leczenia była publicznie dostępna. To jedno z założeń Krajowej Sieci Onkologicznej. Natomiast tutaj już wskazanie cancer unitu i pokazanie, że spełnia wymogi kadrowe, infrastrukturalne, doświadczenia, czasu procesów czy podprocesów, to już jest wyróżnik, i to już jest pokazanie – drogi pacjencie, warto skierować się do tego ośrodka. Myślę, że jest to w sumie niebagatelny benefit dla tych podmiotów, które te umowy podpisują.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, głos z sali.

Przedstawicielka Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry. Joanna Frątczak-Kazana, Fundacja Onkologiczna Alivia. Pozwolą państwo, że przytoczę kilka zapisów Narodowej Strategii Onkologicznej – otworzyłam przed chwilą na stronie Ministerstwa Zdrowia: „Wdrożenie kompleksowej i koordynowanej opieki onkologicznej w Polsce. Do końca 2020 r. wdrożymy nowy model organizacyjny opieki nad pacjentami cancer units dla kluczowych nowotworów – płuca, jelita grubego, nowotworów ginekologicznych i urologicznych. W 2021 r. wdrożymy efektywny model organizacyjny opieki nad pacjentami cancer units dla pacjentów wieku dziecięcego”. Następnie, w kolejnym punkcie „Do końca 2020 r. opracujemy standardy akredytacyjne

dla pracowni i zakładów patomorfologii”. Kolejny punkt „Do końca 2021 r. opracujemy i wprowadzimy wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i standardy organizacyjne w kluczowych nowotworach złośliwych”.

Narodowa Strategia Onkologiczna to dokument, który powinien być nadrzędny w stosunku do wszystkich innych dokumentów i działań. Kiedy widzimy, że działania prowadzone w ramach różnych projektów w polskiej onkologii są niespójne, no to mamy pewne wątpliwości odnośnie do tego, czy one faktycznie prowadzone są w dobrym kierunku i czy one faktycznie w odpowiednim czasie będą pojawiały się i służyły polskim pacjentom. To taka pierwsza ogólna uwaga, szczególnie że prawdopodobnie polska onkologia to zielona wyspa.

Teraz zadam kilka pytań w kontekście wypowiedzi pana ministra. Pan minister mówił, że rola modeli skoordynowanych będzie inna niż zakładana. Co to znaczy? Poprosimy o konkrety. „Będziemy inaczej kierować środki inwestycyjne”. Co to znaczy? Na jakich zasadach i gdzie?

Jeżeli chodzi o Breast Cancer Unity, to tutaj już były zadane pytania przez moją koleżankę, natomiast z jednej strony mówił pan, panie ministrze, o błędach wieku dziecięcego, które będą korygowane, po czym powiedział pan, że to, jak jest w tej chwili skonstruowany plan dla Breast Cancer Unitów, to może nie jest takie złe. Następnie, jeżeli chodzi o jelito grube model dojrzały. Jak będzie wdrażany model dojrzały cancer unitu dla jelita grubego? W kontekście ginekologii i płuca panowie profesorowie się wypowiadali.

Jeszcze jedna uwaga. Mówiłam wcześniej o Narodowej Strategii Onkologicznej, ale też dużo panowie tutaj mówicie o Krajowej Sieci Onkologicznej. Tutaj znowu okazuje się, że termin przygotowania raportu przesuwa się – ostatnia wiadomość. W związku z tym my tak naprawdę słyszymy tylko takie okrągłe słowa, że się zmieni, że pracujemy, ale tak naprawdę nie ma żadnych konkretów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję za wypowiedź, ale chcę podkreślić, że ostatnie półtora roku żyjemy w innej rzeczywistości i też trzeba zrozumieć, że ministerstwo zmagało się z wieloma problemami związanymi z pandemią. Wiadomo, że tutaj było zagrożenie ogromne. Wiedzą państwo – to nie są proste sprawy. My po prostu znaleźliśmy się w innej rzeczywistości.

Wielki szacunek dla Ministerstwa Zdrowia, które po raz pierwszy podjęło się stworzenia dokumentów związanych ze strategią onkologiczną. Tego do tej pory nie było i daty, terminy, o których pani mówiła, były ustalane… My naprawdę nie wiedzieliśmy, jaka będzie sytuacja zdrowotna, jak pandemia będzie się rozwijać. W związku z powyższym, w moich obserwacjach współpracy z Ministerstwem Zdrowia widać naprawdę ogrom pracy. Ja też jako przewodnicząca przez pewien okres byłam wyłączona, bo byłam po prostu śmiertelnie chora i nie mogłam wykonywać pewnych czynności. Tak więc, to też trzeba zrozumieć. Jest wola współpracy i te założenia, które są, są dobre. Państwo tu przyszli po to, żeby wypracować dobry kierunek, żeby pomóc ministerstwu swoimi spostrzeżeniami dopracować ten dokument, żeby był dobry i rozwiązania, które są dobre dla pacjenta. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję, pani przewodnicząca, również za przypomnienie, że byliśmy w pandemii, bo widzę, że fundacja Alivia w pandemii pamiętała, że jesteśmy w pandemii, troszczyła się o ośrodki, o ich gotować albo o brak gotowości. Tak więc, szanowni państwo, to nie tylko ministerstwo, ale ci sami eksperci, którzy pracują z nami na co dzień w tych projektach, mają swoje kliniki, mają swoich pacjentów, również mieli pandemię na głowie i ogromne wyzwania stojące przed zabezpieczeniem w tym czasie.

Nie chcę zwalać na nikogo – wezmę na Ministerstwo Zdrowia całe odium tego, że w pandemii nie wszystkie projekty udało się dowieźć, ale myślę, że musicie państwo szeroko na to spojrzeć. To nie jest tak, że to powstaje w Ministerstwie Zdrowia przy biurku. Zaangażowany w to jest ogromny panel ekspertów.

Przytoczyła pani patomorfologię. To jeden z projektów, który w ogóle nie ucierpiał harmonogramem, więc nie bardzo rozumiem, o jakiej niespójności mówimy. Standardy

akredytacyjne zostały przygotowane, opublikowane na stronach ministerstwa. My nie mamy żadnych opóźnień w tym projekcie. To tak gwoli przypomnienia.

Odnośnie do transparentności, bo to też ważne. Szanowni państwo, Narodowa Strategia Onkologiczna to dokument, który jest pod wyjątkową kontrolą – parlamentu, Rady Ministrów. Ustawa nakazuje ministrowi zdrowia raportowanie i do Sejmu, i do Rady Ministrów, przygotowanie sprawozdania z realizacji. Zachęcam, odsyłam – sprawozdanie z realizacji NSO w 2020 r. zostało przygotowane. To dość obszerny dokument pokazujący również to, co nam się nie udało, z pewnym wyjaśnieniem, dlaczego i jakie planujemy dalsze kroki.

Odnosząc się do kwestii merytorycznych, wydaje mi się, że opowiedziałem na początku w przemówieniu wstępnym. Inna rola cancer unitów to, tak jak mówiłem, nie standaryzacja procedur w całym systemie opieki onkologicznej, tylko wyróżnienie najlepszych, i taki drogowskaz do pokazania – to są ośrodki spełniające najwyższe kryteria jakościowe. To są ośrodki, które również chcemy w pewien sposób nagradzać. Mówiąc o nagradzaniu miałem na myśli na przykład kierowanie środków inwestycyjnych. Przykład – być może już w następnym roku uruchomimy konkurs wyłącznie dla cancer unitów na infrastrukturę, na aparaturę, na pewne możliwości w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej czy innych projektów. O takim wsparciu mówiłem.

Nie wiem, czy zostałem dobrze zrozumiany, bo pani tutaj powiedziała, że ja powiedziałem, że to nie jest złe. Nie jest złe to, że być może mniej ośrodków niż zakładamy podpisało dzisiaj umowy. Nie jest złe nie dlatego, że nie ma dostępności, bo cancer unity nie budują dostępności do leczenia. Nie jest złe, że DCU, LCU i kolejne cancer unity pokazują drogowskaz, do jakich standardów jakościowych chcemy dojść. Dla mnie nie jest więc złe to, że dzisiaj mamy ich na przykład tylko 10, jeżeli te środki przez rok-półtora popracują i wdrożą pewne standardy, wzmocnią się kadrowo, wzmocnią się infrastrukturalnie, żeby spełniać to za jakiś czas. Myślę, że to właśnie jest cel, do którego mogą dążyć i który mogą realizować, więc pewnie im więcej pokazywania takich standardów o wysokiej jakości, nawet przewyższającej dzisiejsze możliwości ośrodków, to tym lepiej, bo to faktycznie buduje pewną nadzieję, ale uzasadnioną, a nie bazującą jedynie na marzeniach, że za jakiś czas te standardy spełnimy i rzeczywiście przystąpimy do kontraktowania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Tutaj jest głos pana posła. Bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Z pewnym niepokojem przysłuchuję się tej dyskusji, a przede wszystkim wypowiedziom pana ministra. Ja cieszę się, że pan to odium chce wziąć całkowicie na ministerstwo, ponieważ rzeczywiście różnego rodzaju państwa decyzje w czasie pandemii, nie do końca przemyślane, spowodowały, że najbardziej ucierpieli pacjenci onkologiczni. Mówiliśmy o tym wielokrotnie. To są fakty. Nawet trudno z tym polemizować.

Mnie w pana wypowiedzi niepokoi podkreślanie tego nagradzania Breast Cancer Unitów, Colorectal Cancer Unitów itd, rzeczy, które się tworzy na podstawie jakichś nie do końca dla mnie zrozumiałych kryteriów. Mówi pan, na przykład, że zostały zdyskwalifikowane z Breast Cancer Unitów jakieś ośrodki, które nie mogły wykazać się odpowiednią rehabilitacją. W zdecydowanej większości chorych na raka piersi ci chorzy są leczeni. Niektóre chore muszą mieć leczenie kompleksowe, inne chore nie muszą mieć leczenia kompleksowego, a większość chorych, niezależnie od tego, czy są operowane w Narodowym Centrum Onkologii czy na Śląsku czy gdziekolwiek indziej, potem, zaraz po operacji, która jest albo początkiem leczenia albo końcem, w zależności od tego, jak to wygląda, jadą do domu i byłoby dobrze, żeby tam miały rehabilitację, a nie w jakichś ośrodkach, które będą tak czy inaczej nazwane. Natomiast tutaj otwiera się dla państwa pewna furtka do dosyć mało przejrzystej dowolności do dzielenia tego tortu, który i tak jest bardzo mały w Polsce. Pieniędzy na opiekę zdrowotną jest zbyt mało. Ponieważ cały czas o tym ględzę, to już sam się nudzę, ale…

Już pan profesor tutaj mówił o tym, ilu mamy lekarzy na 100 tys. – dużo mniej niż cała reszta Europy – ile jest pielęgniarek, ale również, jakie są wydatki na opiekę zdro-

wotną, zupełnie nieadekwatne do tego, co się dzieje w średnim kraju Unii Europejskiej. W związku z tym, gdy zaczniecie państwo jeszcze poprzez NFZ zabierać innym – bo to przecież nie będzie poprzez to, że będzie dosypywanie pieniędzy, tylko po prostu ten tort będzie troszkę inaczej dzielony, czyli pewne ośrodki, które wy będzie uważali, że powinniście je wyróżniać, dostaną więcej pieniędzy. Rozmawiamy o najczęściej występujących nowotworach – pierś, płuco, colorectal, jajnik oczywiście czy szyjka macicy. Brakuje tylko prostaty, bo to w tej chwili jest jeden z największych problemów.

Przecież na leczenie w tych ośrodkach nie mogą liczyć wszyscy. To jest kompletna utopia. Przypominam sobie liczne wypowiedzi pana profesora Jassema, który w tej chwili nie jest waszym ulubieńcem, ale mówił mądrze – jest tak dużo chorych onkologicznych, że nie ma takiej siły, żeby oni byli leczeni w jakichś dużych ośrodkach kompleksowo. Zresztą nie wszyscy tego wymagają.

Gdy zobaczymy, ilu chorych zapada na chorobę nowotworową w Polsce, to trzeba nie mieć wyobraźni, żeby sądzić, że można wyleczyć tych ludzi w kilkunastu ośrodkach w Polsce. Dlatego raczej należy dosyć równomiernie wzmacniać… Bardzo podobała mi się tutaj wypowiedź pana profesora, konsultanta z gastroentorologii, że należy to robić naprawdę spokojnie, ewolucyjnie, zachęcać, ale niekoniecznie tak, żeby jednym zabierać, a drugim dawać, żeby robić konkurs, który będzie dotyczył tylko cancer unitów. To jest zupełnie absurdalne. Czyli pan zupełnie świadomie chce zmniejszyć dopływ pieniędzy do ośrodków, których pan po prostu w jakiś sposób nie faworyzuje. Przynajmniej ja tak to widzę. Bardzo chciałbym, żeby pan mnie uspokoił.

My zresztą często nie za bardzo się zgadzamy. Nie sądzę, żeby pana zachwyciła moja wypowiedź, ale ja tak to widzę. Ja pracuję mimo wszystko w dosyć prowincjonalnym szpitalu i to nie jest jakaś walka o mój ośrodek, tylko po prostu takich szpitali, które leczą na co dzień, na przykład raka jelita grubego… Przecież mnóstwo ludzi trafia z rakiem jelita grubego z powodu powikłań, niedrożności nowotworowej, różnych innych rzeczy... Jeśli będziemy starali się, żeby oni byli leczeni tylko w dużych ośrodkach, to jak będą ich leczyli ci chirurdzy, którzy są w ośrodka mniejszych. Nie będą mieli w ogóle żadnego doświadczenia. To będzie tragedia dla tych ludzi.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję za wypowiedź, ale też nie mogę się z nią zgodzić, ponieważ odkąd pracujemy w Komisji Zdrowia, i w zeszłej kadencji, i w tej, nakłady na zdrowie naprawdę bardzo wzrosły. Poprosiłabym teraz pana ministra, żeby powiedział, jak to wyglądało procentowo na przestrzeni ostatnich lat. Już nie będziemy wnikać, jak kwotowo. Mówienie i zakłamywanie rzeczywistości przez pana w wypowiedzi… No nie można mówić nieprawdy, tym bardziej, że jesteśmy tu po to, żeby przede wszystkim zrobić diagnozę. Tak jak w leczeniu robi się diagnozę, ustawia się leczenie, i chcemy osiągnąć cel, a więc wyzdrowienie pacjenta, czyli naprawę leczenia w dziedzinie onkologii i nie tylko. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Sławomir Gadomski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Panie pośle, rzeczywiście nie zgadzamy się. Fundamentalnie się nie zgadzamy. Szczęśliwie, póki jestem odpowiedzialny za obszar onkologii i mam przyjemność ten obszar nadzorować, będę jednak trzymał się swojej tezy, a moja teza jest prosta. Należy wynagradzać wysoką jakość. Nie widzę w tym nic nadzwyczajnego. Nie widzę w tym nic dziwnego. Te ośrodki, które wyróżniamy, tę jakość spełniają. Oferują leczenie kompleksowe. Ta kompleksowość nie jest ważna dla mnie jako ministra zdrowia. Ta kompleksowość była przede wszystkim ważna dla pacjentów.

Przygotowując Narodową Strategię Onkologiczną, czy wcześniejsze regulacje, spotkałem się – patrząc na tę salę – z większością państwa, z większością przedstawicieli organizacji pacjenckich i myślę, że to spotkanie jest dobrym forum. Zapytajmy, czy rehabilitacja ekspercka, najwyższej jakości, w ośrodku onkologicznym, który specjalizuje się w tym, a nie pierwsza lepsza rehabilitacja, to jest to, na czym pacjentom zależy czy nie, bo jeżeli, w myśl tego, co pan poseł powiedział, niekoniecznie, to szanowni państwo, przecież nic na siłę. Ja nie będę trzymał się na siłę rozporządzeń, które zaproponowaliśmy. Jeżeli pacjenci staną dzisiaj i powiedzą, że im zależy na rehabilitacji jak najbliżej

domu, a nie w ośrodkach kompleksowych, no to ja przemyślę tę sugestię, aczkolwiek z większością z państwa rozmawiałem i był to jeden z najważniejszych postulatów.

Na posiedzeniu Krajowej Rady do Spraw Onkologii wielokrotnie poruszana była sprawa rehabilitacji onkologicznej. Wielokrotnie poruszano wzmocnienie ośrodków onkologicznych w tym obszarze. Panie pośle, ja z panem kompletnie się nie zgadzam, ale być może przedstawiciele pacjentów mają tego inną wizję. Powtarzam jeszcze raz – w żadnej naszej regulacji, w żadnych naszych założeniach nie mówimy o tym, żeby leczyć onkologicznie tylko w dużych ośrodkach. Mówimy, że chcemy mierzyć jakość, że chcemy skupić się na pewno na tym obszarze, natomiast nikt nie mówi o tym, że małe wyspecjalizowane ośrodki mają nie realizować dalej świadczeń onkologicznych. Niech je realizują, niech przyjmują jak najwięcej pacjentów, bo jedyne założenie Krajowej Sieci Onkologicznej, którą niedługo w parlamencie będziemy mieli okazję procedować, jest takie, że muszą robić to spełniając pewne mierniki jakości, a nikt nie zamierza koncentrować całego leczenia. Myślę, że wyróżnienie najlepszych kilkunastu-kilkudziesięciu ośrodków, nawet jeżeli mówimy o pewnych korektach finansowych, współczynnikach korygujących, to nie jest koszt, który powali nakłady na onkologię w Polsce. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, tam jest zgłoszenie, z tyłu sali.

Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych. Czuję się w tej chwili wywołana do wypowiedzi, dlatego że byłam i jestem jedną z tych osób, które zawsze bardzo silnie optowały za tym, aby leczenie pacjenta onkologicznego nie kończyło się na terapii onkologicznej, lekowej, czy chirurgicznej, że nie ma efektów leczenia bez rehabilitacji. I doszliśmy do takiego punktu – szkoda, że pan poseł wyszedł – że w tej chwili już jesteśmy blisko tego, że rehabilitacja onkologiczna stanie się odrębną specjalizacją, że po raz pierwszy na tę rehabilitację zostały przeznaczone dosyć pokaźne pieniądze – 10 mln i został też zakupiony sprzęt dla dzieci chorych onkologicznie. One dostaną taki sprzęt dostosowany do ich możliwości.

Myślę, że koleżanki, zwłaszcza te, które są pacjentkami, podzielą tę opinię, że rehabilitacja jest bardzo potrzebna, bo ona jest naprawdę specjalistyczna i wiele małych ośrodków prowadzących rehabilitację czy fizjoterapię nie chce się podejmować rehabilitowania takich osób. Gdy usłyszą, że to jest pacjent onkologiczny, to drzwi się zamykają, zwłaszcza gdy są to dzieci. To już jest w tej chwili bardzo trudna sprawa.

Tak więc na pewno rehabilitacja onkologiczna, która jest w ramach ośrodków, unitów, jest bardzo potrzebna, bo ona też stwarza pewne standardy. Opracowuje pewne standardy do tego, jak dalej ta rehabilitacja powinna być prowadzona. Zatem to jest na pewno potrzebne.

Tutaj padła też informacja o tym, że będziemy tworzyć… To znaczy, wiemy o tym, że będzie tworzona krajowa sieć hematookologiczna i że w ramach tej sieci będzie powstawał taki rodzaj unitów. Chcę powiedzieć, że wiem z praktyki, bo jeździliśmy na takie warsztaty i robiliśmy takie warsztaty dla pacjentów hematoonkologicznych w całej Polsce, że są szalone różnice w poziomie leczenia, w jakości opieki i w jakości pobytu w ośrodkach dużych typu instytut, jak mamy w Warszawie, Gdańsku, Poznaniu, a w oddziałach – są takie oddziały hematoonkologiczne – w szpitalach wielospecjalistycznych, gdzie po prostu ta opieka jest nieporównywalna, po prostu, niebo a ziemia. Tam brakuje specjalistów. Myślę więc, że ta sieć hematoonkologiczna będzie miała dużo do zrobienia, a przynajmniej dorównanie do średniego poziomu, bo naprawdę są to ogromne różnice. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Jest to bardo cenny głos w dyskusji. Obiecuję, że hematoonkologią zajmiemy się osobno na posiedzeniu podkomisji. Ten głos dotyczący właśnie rehabilitacji, której tak naprawdę do tej pory nie było, a teraz jest wielki przeskok… Ja to obserwuję w województwie śląskim, bo współpracuję z jednostkami, które rehabilitują. Wydaje się, że te wszystkie założenia są bardzo dobre, natomiast ośrodki, które podejmują się tych działań – tak jak pani powiedziała przed chwilą – nie zawsze się podejmują albo nie chcą

rehabilitować dzieci. Z tym jest niesamowity problem, bo sama też kilku ośrodków szukałam, aby pomóc rodzicom w przezwyciężaniu tragedii życiowych. Panie dyrektorze, bardzo proszę o wypowiedź.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Bartłomiej Trzmiel:

Serdecznie dziękuję. Jeszcze tylko w uzupełnieniu tego i doprecyzowaniu, tak na dobrą sprawę, szanowni państwo, jeśli chodzi o referencyjność w hematologii – tutaj zaznaczam, dorosłych, bo to jest model hematologii dorosłych, który jest przygotowany referencyjnością – chciałbym sprostować, że ten model nie zakłada powstania w ramach tej sieci hematologii dorosłych i hematoonkologii. To jest logiczne, bo tutaj mamy do czynienia z pacjentami zarówno onkologicznymi, jak i nieonkologicznymi. On nie zakłada unitów, tylko poziomy referencyjne, które są skupione według pewnych specyficznych kompetencji ośrodków. Nie jest żadną tajemnicą – bo to jest projekt przygotowywany wspólnie z ekspertami i z państwem już na poziomie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – że skupia się właśnie w tym trzecim poziomie, tym najwyższym, na ośrodkach, które posiadają decyzję ministra zdrowia odnośnie do przeszczepiania komórek. I co najważniejsze, w tym projekcie hematologii dorosłych, w tej referencyjności, jest mowa o dwukierunkowym przekazywaniu sobie pacjentów. Czyli to nie jest tak, że pacjent, który zaczął etap na poziomie trzecim, na przykład, w tym elemencie monitorowania stanu zdrowia pacjenta dalej będzie w trzecim, będzie mógł być przekazywany w ramach całej struktury sieci, o czym – tak jak tu wskazała pani przewodnicząca – będzie odrębne spotkanie. Bardzo chętnie wezmę w nim udział. W każdym razie, jest to całe, odrębne… I tutaj nie będzie unitów, bo ich nie ma z czego wyłaniać. Tutaj sama struktura referencyjności nada nam ten charakter doświadczania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos w dyskusji? Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej Mariusz Bidziński:

Jeżeli pozwoli pani, pani przewodnicząca, chciałbym odnieść się w kilku słowach do tego, co usłyszałem przed chwileczką. Proszę państwa, kompleksowość w onkologii to podstawa. Doświadczenie to druga podstawa. Nie ukrywam, że dzisiaj trudno by było znaleźć ośrodek peryferyjny, który ma tak samo duże doświadczenie jak duży instytut czy duża placówka.

Co jest ważną rzeczą w onkologii, czego nauczyliśmy się pracując w tak zwanych multidyscyplinarnych zespołach? Onkologia ma tę jedną wielką przewagę – mądrość w grupie. Proszę państwa, jeżeli dzisiaj rozmawiam z moimi kolegami, którzy są ginekologami – ja też zresztą jestem ginekologiem, ale przeszedłem przez ścieżkę szkolenia onkologicznego – to wiem doskonale, że nie tylko chirurgia tu decyduje. Tu decyduje mądrość zespołu. W zespole, którym kieruję, jest i radioterapeuta, i onkolog kliniczny, i chirurg, i ginekolog, jest dietetyk, rehabilitant itd. itd., a więc ten multipotencjalny system powoduje to, że w jednym zespole możemy zaplanować pewne działania, przeprowadzić je i dalej rzeczywiście tego pacjenta nadzorować.

Pan dyrektor powiedział bardzo ważną rzecz, którą – uważam – dzisiaj trzeba też uporządkować. Instytuty czy duże placówki, mając współpracę z ośrodkami – jak można powiedzieć – o niższych kompetencjach, mogą przekazywać ten follow-up. To jest bardzo istotne. My się zatykamy w tych dużych jednostkach między innymi dlatego, że pacjenci nam ufają. Ja bardzo się cieszę, że nam ufają, ale są nowi, którzy dzisiaj ze łzami w oczach czekają w kolejkach, żeby dostać się do tych placówek. Trzeba więc tę tak zwaną współpracę powiązać, tylko nie na zasadzie szeptanych czy koleżeńskich układów. To muszą być precyzyjnie ustalone pewne formy działania prawnego. Jeżeli dzisiaj mówimy o współpracy pomiędzy poszczególnymi poziomami, to je trzeba dokładnie opisać i stworzyć. To musi być pewnego rodzaju sieć powiązań, również formalnoprawnych, czego dzisiaj nie mamy, i mam nadzieję, że ministerstwo razem z nami – mówię w tej chwili o wszystkich tutaj zasiadających – będzie ku temu zdążać.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie profesorze, bardzo cenny głos w dyskusji. Ja właśnie w tym kontekście chciałam się wypowiedzieć, bo takim dobrym wzorem jest przykład Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach, gdzie szpitale, które chcą te mniej złożone przypadki leczyć w swoich placówkach… Tutaj chylę czoło przez profesorem Jarząbem i profesorem Składowskim, którzy bardzo chętnie wchodzą we współpracę z małymi szpitalami, gdzie również autorytety medyczne wykonują pracę i tam tworzą zespoły do leczenia onkologicznego.

Wydaje mi się, że taki model, który jakby już funkcjonuje, będzie taką dobrą podstawą prawną i że tu wypracujemy wspólny model współpracy. Myślę, że w innych regionach jest podobnie. Postaram się, żeby była możliwość przeprowadzenia posiedzenia wyjazdowego w Narodowym Instytucie Onkologii, w Gliwicach, żeby państwo mogli zobaczyć dobre praktyki, które są, a w których ja poniekąd uczestniczę i pomagam to jakby technicznie poukładać, bo wiedzą państwo, najważniejsze w tym całym zawirowaniu, w tym biegu, jest tworzenie zespołów interdyscyplinarnych, o czym mówił pan profesor. Tu wielki ukłon. To jest wielka sprawa, bo to ma służyć przede wszystkim pacjentowi. Bardzo proszę, panie profesorze, jeszcze…

Konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej Maciej Krzakowski:

Dosłownie trzy zdania. Trzeba zrozumieć, że te Lung Cancer, Breast Cancer czy Colorectal Cancer Unity to nie jest koncepcja tworzenia czegoś, co będzie funkcjonowało pod jednym dachem. To jest pierwsze zdanie.

Drugie zdanie – konsorcjum ośrodków, które będą współpracowały. Oczywiste jest, że my sobie nie damy rady ze wszystkimi nowotworami płuca, tylko w ramach tego konsorcjum tworzymy ośrodek koordynujący i ośrodki satelitarne, które będą realizowały to, o czym mówiła któraś z pań, jednakowy standard diagnozowania i leczenia. Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie dyrektorze, bardzo proszę o odpowiedź.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Bartłomiej Trzmiel:

Dziękuję pięknie. Tak, to jeszcze w uzupełnieniu tego. Absolutnie w projekcie hematologii dorosłych jest już wprost w rozporządzeniu ta zależność bezwzględnej współpracy pomiędzy ośrodkami i przekazywania tych pacjentów.

Dwa, pan profesor Krzakowski wspomniał o elemencie, który tak na dobrą sprawę może już funkcjonować. Absolutnie bierzemy to pod uwagę. Jeszcze, żeby państwa uspokoić, jeśli chodzi o analizę problemu decyzyjnego przed każdym projektem cancer unitu jakiegokolwiek – pani wspominała o tym dziecięcym – materiał z agencji został już przekazany do Ministerstwa Zdrowia i został wpisany do harmonogramu. On uwzględnia oczywiście te zaległości. One powstają na podstawie analizy problemu decyzyjnego, ale nie tylko klinicznego. Absolutnie tak, bo tworzone są pakiety świadczeń, analizy problemu decyzyjnego skupiające się na tym, gdzie faktycznie jest problem. Zatem to, co też pan profesor wspominał – żaden cancer unit, bo skupmy się może na caner unitach… Absolutnie może mieć podwykonawstwo czy to diagnostyki, czy to pewnych innych elementów... Jeżeli ten ośrodek posiada własną radioterapię, to może mieć też umowę z podmiotem, który może tę radioterapię… Przez to nie ma też tej kumulacji tej liczby pacjentów, co doprowadzi w konsekwencji do niewydolności systemu i danego podmiotu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę, jeszcze tam, pani.

Przedstawicielka Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Chciałabym jeszcze tylko dwa słowa dodać do tego, o czym mówił pan profesor Bidziński i odnieść się też do dokumentów, dlatego że mówiliśmy o NSO, ale przecież dokument dotyczący wprowadzenia Krajowej Sieci Onkologicznej zakłada centralizację pewnych procedur i decentralizację innych. Czyli, na przykład, chirurgia onkologiczna scentralizowana, ale już chemioterapia jak najbliżej miejsca zamieszkania. Dlatego ważne jest, żeby po prostu te wszystkie projekty były spójne ze sobą, jedne wynikały z drugich, żeby-

śmy nie tworzyli bytów ponad miarę, a przede wszystkim, żeby te działania nie były niespójne. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, tu jeszcze głos.

Koordynator Sekcji Raka Płuc Fundacji TO SIĘ LECZY Aleksandra Wilk:

Aleksandra Wilk, Sekcji Raka Płuc Fundacji TO SIĘ LECZY. Chciałabym nawiązać do wypowiedzi pana ministra Gadomskiego. Miałam spotkanie z panem ministrem w lutym i wtedy były wstępne zapewnienia ze strony ministerstwa, że ośrodki Lung Cancer Unit ruszą na początku przyszłego roku. Widzę, że to bardzo się opóźnia. Dzisiaj była informacja, że zakończenie tych prac będzie w II kwartale 2022 r. Moje pytanie brzmi, czy wiemy orientacyjnie, kiedy realnie ruszą te ośrodki dla pacjentów z rakiem płuca.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę o odpowiedź, panie dyrektorze.

Naczelnik wydziału w departamencie MZ Bartłomiej Trzmiel:

Witam panią, witam państwa. Prognozowany harmonogram, uwzględniający oczywiście jeszcze te opóźnienia zakłada, że następny, zaraz po tym, gdy Breast Cancer Unitów w październiku będzie poddany konsultacjom wewnętrznym w resortach i zewnętrznym, jest Lung Cancer Unit. Optymistycznie na to patrząc, ale też realnie – I kwartał to są konsultacje. Państwo o tym zapewne wiedzą, ja natomiast odnoszę wrażenie, że musi to wybrzmieć, jak skomplikowany i długi jest proces legislacyjny rozporządzeń. Dlatego też ja, nawet poddając w styczniu projekt Breast Cancer Unit do konsultacji, najprawdopodobniej mogę być dalej w tym procesie do końca marca.

Colorectal Cancer Unit. To nie jest tylko zebranie uwag i rozpatrzenie państwa uwag, na które szczerze liczymy, ale też całe konsultacje z Rządowym Centrum Legislacji i z płatnikiem, bo my jesteśmy w stałym kontakcie z płatnikiem, z centralą funduszu, po to, żeby intencja tego modelu w rozporządzeniu zyskała przełożenie na zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ja zakładam, że to będzie tak, że w I kwartale 2022 r. ten projekt będzie przekazany do konsultacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo proszę. Jeszcze jeden głos w dyskusji.

Prezes Zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dobry wieczór państwu. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Pani przewodnicząca, bardzo dziękuję za zorganizowanie dzisiejszego spotkania. Jest bardzo cenne i bardzo dziękuję za wiele wypowiedzi, które tutaj usłyszałam.

Ja właściwie już nie mam pytań, bo nie ma też już pana ministra, ale i wiele pytań zostało zadanych, natomiast chciałabym się odnieść do ostatniej wypowiedzi pana dyrektora, o tym, że proces legislacyjny jest długi i skomplikowany. Jednocześnie chciałabym podziękować panu profesorowi Krzakowskiemu za to, że powiedział o czymś, co można właściwie nazwać wykluczeniem systemowym pacjentów z rakiem płuca, u których ten okres oczekiwania na leczenie dramatycznie się wydłużył. Przed epidemią nie było idealnie. Epidemia to wszystko jeszcze pogorszyła, ale pamiętajmy o tym, że wcześniej nie było dobrze.

Dziękuję również panu profesorowi Bidzińskiemu za zwrócenie uwagi – to rzadko się słyszy – na nierówności w zdrowiu. My jako Ogólnopolska Federacja Onkologiczna bardzo często o tym mówimy i nie możemy zapominać, że połowa mieszkańców Polski to są ci, którzy mają bardzo ograniczony dostęp do lekarza, który w czasie epidemii jeszcze bardziej się pogorszył.

Dlaczego o tym mówię? Mówię o tym, ponieważ ze względu na to, że ten proces legislacyjny jest długi i skomplikowany, chciałabym zaapelować do Ministerstwa Zdrowia o to, żeby biorąc pod uwagę tę całą ogromną krzywdę, która stała się w czasie epidemii – wcześniej było źle, a teraz jest jeszcze gorzej – zrobić wszystko, żeby ten proces legislacyjny lub te prace przyspieszyć, bo pacjenci nie mają na co czekać. Te kolejki nie mogą

się jeszcze bardziej wydłużać. Nie mogą się pogłębiać nierówności w zdrowiu, o których mówi pan profesor.

Niektóre rzeczy były zaniedbane jeszcze przed epidemią. To jest to, o co właściwie chciałam zapytać pana ministra Gadomskiego. Chciałam przypomnieć, że obligatoryjnie miły być wprowadzone wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, ale to miało być 4 lata temu. Epidemia zabrała tylko 2 lata, a co się działo wcześniej. W związku z tym jeszcze raz do wszystkich państwa apeluję – przyspieszmy to. Cały czas mamy tę epidemię. Nie wiadomo, kiedy ona się skończy, więc musimy zacząć pracować w taki sposób, żeby zrobić wszystko, aby uratować tych ludzi, których się da. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Musze powiedzieć ad vocem, że wiele rzeczy, które były zaniedbane, ministerstwo naprawdę sfinansowało. Państwo nie dostrzegacie, jaki to był przeskok. Chociażby wspomniane tutaj choroby rzadkie, które przez 12 lat nie były w ogóle brane pod uwagę. Jest strategia, jest finansowanie i wiele rzeczy jest refundowanych przez NFZ. Naprawdę, żeby ten proces wprowadzić w życie, to nie jest łatwe, a państwa uwagi są bardzo cenne.

Po dzisiejszym spotkaniu mamy wytyczony kierunek, który – tak przysłuchując się tym wypowiedziom – jest spójny z założeniami Ministerstwa Zdrowia. To, co jest złe, trzeba naprawić, a najważniejsza jest diagnoza oraz państwa uwagi i spostrzeżenia, jeżeli chodzi o kwestie dotyczące pacjenta, żeby polepszyć komfort życia. Po to jesteśmy i po to się spotykamy, aby wysłuchać państwa uwag.

Będę też miała prośbę, żeby państwo również pisemnie zwrócili się ze swoimi spostrzeżeniami, bo na pewno będą jeszcze jakieś przemyślenia po tym posiedzeniu podkomisji, i wysłali je na adres biura podkomisji stałej, bo takie sugestie możemy przesłać do Ministerstwa Zdrowia. Jesteśmy na państwa uwagi otwarci, żeby wspólnie, w dialogu, budować zmiany w realizowaniu strategii onkologicznej. Panie dyrektorze, bardzo bym prosiła jeszcze o wypowiedź i będziemy zmierzać do końca.

Naczelnik wydziału w MZ Bartłomiej Trzmiel:

Absolutnie nie chciałem tłumaczyć naszej dyskusji długim procesem legislacyjnym. Po prostu zwracam uwagę na to, że to jest około trzech do czterech miesięcy, tylko i wyłącznie.

Chciałbym jeszcze tylko dodać jedną rzecz. Racja, wszyscy wiemy, jak wygląda system w czasie pandemii, natomiast rozmawiamy o cancer unitach, które absolutnie są potrzebne. Nie chciałbym natomiast używać takiego uproszczenia, że one rozwiążą nam problem pacjentów onkologicznych jako całości, bo siłą rzeczy ten system trzeba postrzegać jako całość i cancer unit jest jednym z elementów systemu onkologicznego. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Barbara Dziuk (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby coś jeszcze dodać do wypowiedzi?

Chciałabym wszystkim państwu podziękować za przybycie, za wypracowanie stanowiska bardzo potrzebnego do realizacji dobrych zmian legislacyjnych w Ministerstwie Zdrowia. Tak jak mówiłam, proszę państwa o przemyślenie jeszcze swoich sugestii i w formie papierowej przesłanie ich do sekretariatu. Te uwagi będą uwzględnione w zmianach, w procedowaniu, a wierzcie mi państwo, że naprawdę jest wiele do zrobienia. Myślę, że każdy z nas jest zgodny odnośnie do tego, żeby jak najszybciej wprowadzić dobre zmiany dla poprawy zdrowotności pacjenta, czyli nas również, bo nigdy nie wiadomo, kiedy zachorujemy – dzisiaj jesteśmy zdrowi, a jutro sytuacja może się okazać całkiem inna. Tak więc, życzę państwu dużo zdrowia, siły i inwencji twórczej do dobrych zmian dla poprawy zdrowotności pacjenta. Dziękuję pięknie.